

KINERJA TENAGA PELAKSANA GIZI PUSKESMAS HUBUNGANNYA DENGAN EFEKTIVITAS PROGRAM MAKANAN PENDAMPING AIR SUSU IBU PADA ANAK BAWAH DUA TAHUN DENGAN GIZI BURUK DI KABUPATEN KARIMUN, KEPULAUAN RIAU

RELATIONSHIP BETWEEN PERFORMANCE OF HEALTH CENTRE'S NUTRITION STAFF AND THE EFFECTIVENESS OF COMPLEMENTARY BREASTFEEDING PROGRAM AMONG MALNOURISHED CHILDREN UNDER TWO AT DISTRICT OF KARIMUN, KEPULAUAN RIAU

Hazwin¹, Toto Sudargo²

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun, Provinsi Kepulauan Riau,
Provinsi Kepulauan Riau

²Minat Gizi Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Complementary breastfeeding program is a program implemented at health centers which is meant to improve nutrition status of the community and this is a duty of nutrition staff at health centers. The prevalence of cases of complementary breastfeeding side effects may be due to inappropriate storage and supply as performance of nutrition staff of health centers.

Objective: To identify the relationship between the performance of nutrition staff of health centers with the effectiveness of complementary breastfeeding program among children less than two years from poor families with poor nutrition.

Method: The study was observational with cohort design, applied to children under two years from poor families with poor nutrition who got complementary breastfeeding. Qualitative method and descriptive analysis were used to identify the distribution system of complementary breastfeeding through in-depth interview using questionnaires with open questions. Location of the study was in the District of Karimun and the analysis unit was District Health Office of Karimun. Subject of the study consisted of 9 nutrition staff of health center and 15 malnourished children under two. Data analysis of complementary breastfeeding distribution system was done descriptively.

Result: The program of complementary breastfeeding which had been implemented for 3 months to malnourished children less than two years did not improve nutrition status from malnourished to good nutrition status. The performance of nutrition staff at the health center in the program of complementary breastfeeding was low in the specification of target age, the amount of complementary breastfeeding portion and in the preparation of complementary breastfeeding. The distribution of complementary breastfeeding at the health office and health center did not comply to complementary breastfeeding distribution and management guidelines, such as in aspects of target specification, complementary breastfeeding preparation information, and monitoring of complementary breastfeeding distribution.

Conclusion: The program of complementary breastfeeding was ineffective in improving nutrition status of children less than two years from malnourished to good nutrition status. The performance of nutrition staff at the health center in

complementary breastfeeding program was low. Complementary breastfeeding distribution and management system at the health office and health center at District of Karimun had not run well.

Keywords: nutrition staff, performance, complementary breastfeeding, children under two, malnutrition

ABSTRAK

Latar Belakang: Program MP-ASI merupakan salah satu program yang dilaksanakan di Puskesmas yang bertujuan memperbaiki gizi masyarakat yang menjadi tugas TPG Puskesmas. Terjadinya kasus efek samping MP-ASI yang dimungkinkan karena cara penyimpanan dan pemberian yang salah dan kurang baik merupakan kinerja dari TPG Puskesmas.

Tujuan: untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas dengan efektivitas program MP-ASI pada anak baduta gakin dengan gizi buruk.

Metode: Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan penelitian kohort terhadap anak baduta gakin dengan gizi buruk yang menerima MP-ASI. Adapun metode kualitatif dan analisis deskriptif untuk mengetahui sistem distribusi MP-ASI dengan cara wawancara mendalam menggunakan kuesioner jawaban terbuka. Lokasi penelitian di Kabupaten Karimun. Unit analisis Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun. Subjek penelitian 9 orang TPG Puskesmas dan 15 Anak Baduta dengan gizi buruk. Analisis data sistem distribusi MP-ASI secara deskriptif.

Hasil: Program MP-ASI selama 3 bulan yang diberikan kepada anak baduta gakin dengan gizi buruk tidak berhasil meningkatkan status gizi anak baduta dari gizi buruk ke gizi baik. Kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas terhadap efektivitas program MP-ASI pada anak baduta gakin dengan gizi buruk adalah rendah, antara lain dalam penentuan usia sasaran, penentuan besar porsi MP-ASI dan dalam penyiapan MP-ASI. Distribusi MP-ASI di Dinas Kesehatan dan di Puskesmas belum sesuai dengan pedoman pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI, antara lain dalam penetapan sasaran, penjelasan penyiapan MP-ASI dan pemantauan distribusi MP-ASI di lapangan.

Kesimpulan: Program MP-ASI tidak efektif meningkatkan status gizi anak baduta dari gizi buruk ke gizi baik. Kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas terhadap efektivitas program

MP-ASI adalah rendah. Sistem pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI di Dinas Kesehatan dan di Puskesmas belum berjalan dengan baik.

Kata Kunci : tenaga pelaksana gizi Puskesmas, kinerja, efektivitas, program makanan pendamping air susu ibu, anak usia bawah dua tahun, gizi buruk

PENGANTAR

Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas (TPG) adalah tenaga Puskesmas yang diserahi tugas untuk melaksanakan program gizi di Puskesmas. Mereka melaksanakan sebagian tugas pokok Puskesmas dibidang gizi yang meliputi penentuan prioritas masalah, merencanakan, melaksanakan dan melaporkan kegiatan-kegiatan dalam rangka menanggulangi masalah gizi. Selain itu, mereka juga diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat sehingga dapat mengatasi masalah gizi.¹

Program pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) merupakan salah satu program yang menjadi tugas tenaga pelaksana gizi Puskesmas yaitu memperbaiki status gizi masyarakat. Makanan Pendamping (MP) ASI adalah makanan tambahan yang diberikan kepada bayi setelah bayi berusia 4-6 bulan sampai bayi berusia 24 bulan. Anak baduta apabila setelah berusia 4-6 bulan berat badannya tidak mengalami peningkatan, menunjukkan bahwa kebutuhan energi dan zat-zat gizinya tidak terpenuhi. Hal ini dapat disebabkan oleh asupan makanan bayi yang hanya mengandalkan ASI saja atau pemberian makanan tambahan kurang memenuhi syarat. Penyakit infeksi pada saluran pencernaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi asupan zat gizi pada bayi.²

Terjadinya kasus efek samping MP-ASI yang dimungkinkan karena cara penyimpanan dan pemberian yang salah dan kurang baik merupakan cerminan kinerja dari tenaga pelaksana gizi Puskesmas. Hasil rekapitulasi laporan tahunan program gizi tahun 2006, diketahui prevalensi baduta dengan gizi buruk di Kabupaten Karimun sebesar 0,1% atau sebanyak 150 orang, yang terdiri dari usia 6-11 bulan sebanyak 43 orang dan usia 12-24 bulan sebanyak 107 orang.

Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun tahun 2007, pada tahun 2006 program MP-ASI sudah dilaksanakan di Kabupaten Karimun namun kasus gizi buruk dan gizi kurang masih tetap ada. Hal ini terlihat dari adanya laporan kasus anak baduta dengan gizi buruk dan kurang dari TPG Puskesmas setiap bulannya ke Dinas Kesehatan. Berdasarkan laporan bulan Agustus tahun 2007, terdapat anak baduta dengan gizi buruk sebanyak

15 orang yang terdiri dari usia 6-11 bulan sebanyak 5 orang dan 12-24 bulan sebanyak 10 orang.³

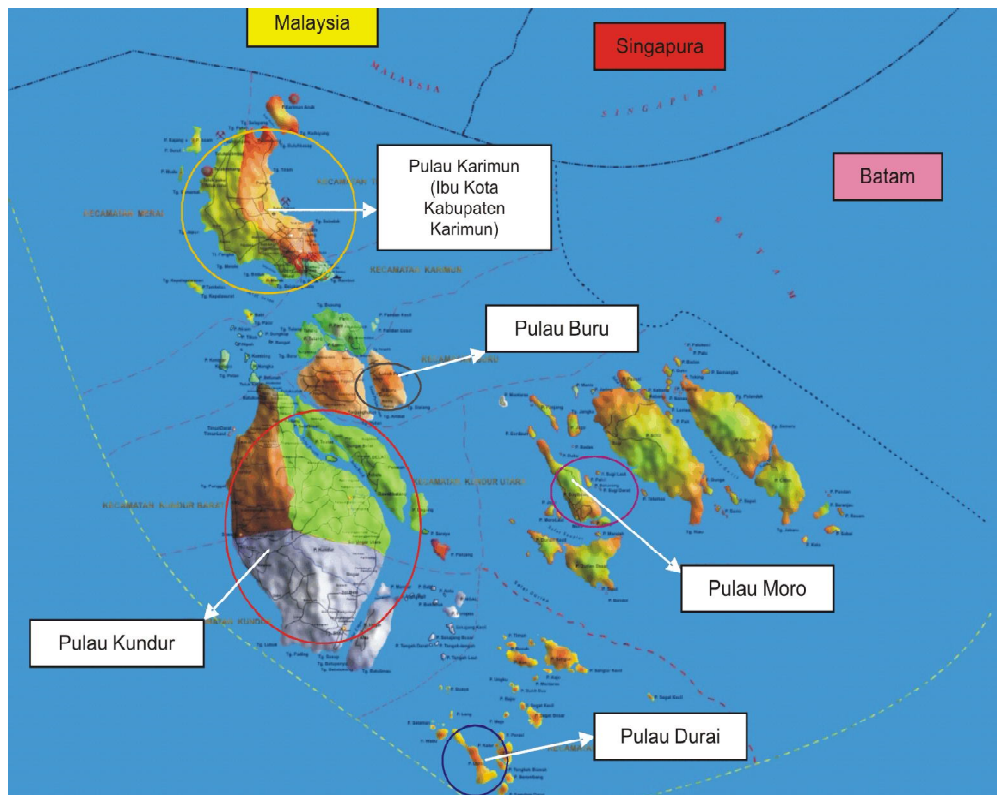
Berry dan Houston⁴ menyatakan bahwa kinerja merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Menurut McCloy *et.al.*⁵ bahwa kinerja dipengaruhi oleh faktor: pengetahuan, keterampilan untuk menjalankan tugas, prinsip, serta prosedur kerja dan motivasi. Handoko⁶ menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja karyawan yaitu motivasi, kepuasan kerja, tingkat stres, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku karyawan.

Permasalahan dalam pelaksanaan program MP-ASI di Kabupaten Karimun adalah kondisi geografisnya yang berpulau-pulau dan membutuhkan dana distribusi yang besar. Berdasarkan permasalahan tersebut, dirumuskan bagaimana kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas dalam program MP-ASI pada anak baduta keluarga miskin (Gakin) dengan gizi buruk. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja dengan kinerja TPG Puskesmas terhadap efektivitas program MP-ASI pada anak baduta Gakin dengan gizi buruk dan sistem distribusi MP-ASI di Kabupaten Karimun.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan penelitian kohort terhadap anak baduta Gakin dengan gizi buruk yang menerima MP-ASI. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan bersifat deskriptif untuk mengetahui efektivitas program MP-ASI dan sistem distribusi MP-ASI kepada anak baduta Gakin dengan gizi buruk yang diperoleh dengan menggali informasi dari: Kepala Subdin Kesejahteraan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun, Kepala Puskesmas se-Kabupaten Karimun dan Ibu anak baduta Gakin dengan gizi buruk. Informasi yang akan diperoleh didapat dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan menggunakan kuesioner jawaban terbuka.

Lokasi penelitian di Kabupaten Karimun Propinsi Kepulauan Riau. Unit analisis penelitian adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun. Subjek penelitian adalah tenaga pelaksana gizi Puskesmas yaitu sebanyak 9 orang dari 9 Puskesmas dan anak baduta dengan gizi buruk sebanyak 15 anak. Objek penelitian adalah kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas dan efektivitas program MP-ASI pada anak baduta dengan gizi buruk. Jenis datanya kuantitatif. Bentuk datanya primer dan sekunder.



Gambar 1. Peta Kabupaten Karimun

Cara pengumpulan data melalui kuesioner, observasi dokumen dan pemantauan langsung di lapangan.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner karakteristik tenaga pelaksana gizi Puskesmas dan format pemantauan dokumen program perbaikan gizi terhadap TPG Puskesmas se-Kabupaten Karimun. Format pemantauan status gizi anak baduta untuk mengetahui perkembangan status gizi anak baduta sejak diberikan MP-ASI pada bulan September sampai dengan Desember 2007. *Check list* pemantauan program MP-ASI untuk mengetahui kinerja TPG Puskesmas dalam program MP-ASI di pustu dan polindes dan kuesioner sistem pendistribusian MP-ASI untuk mengetahui sistem distribusi MP-ASI.

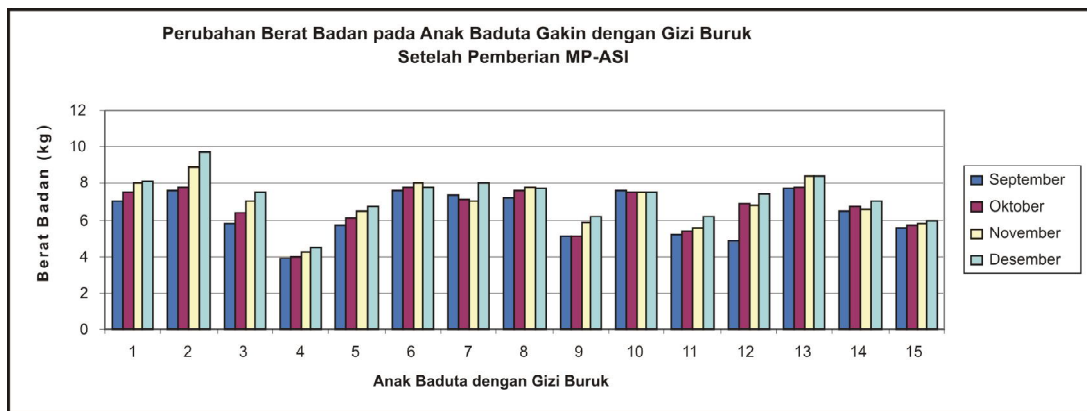
Analisis data secara deskriptif yaitu menganalisis data dalam bentuk tabel untuk menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi.⁷

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Karimun merupakan salah satu kabupaten dari 6 kabupaten/kota di Propinsi Kepulauan Riau yang terdiri dari Kabupaten Karimun, Kabupaten Bintan, Kabupaten Natuna,

Kabupaten Lingga, Kota Tanjung Pinang dan Kota Batam. Kabupaten Karimun adalah kabupaten yang baru terbentuk pada awal tahun 2000 yaitu setelah adanya pemisahan dari Propinsi Riau, seperti pada Gambar 1.

Gambar 1 memperlihatkan Ibu Kota Kabupaten Karimun terletak di Pulau Karimun yang dilingkari dengan warna kuning. Pulau yang paling besar di antara semua pulau yang ada di Kabupaten Karimun dan dilingkari dengan warna merah adalah Pulau Kundur. Pulau yang terletak di depan Pulau Karimun adalah Pulau Buru yang dilingkari dengan warna hitam. Pulau yang dilingkari dengan warna pink adalah Pulau Moro dan pulau yang letaknya sangat jauh dari Ibu Kota Kabupaten Karimun adalah Pulau Duri. Wilayah Kabupaten Karimun terdiri atas daratan dan perairan dengan luas wilayah mencapai 6.984 km² yang terdiri atas daratan seluas 1.524 km² dan perairan 4.760 km². Kabupaten Karimun mempunyai 198 pulau dengan 3 gugusan pulau yaitu gugusan Kepulauan Kundur dengan jumlah 58 buah pulau yang berpenghuni sebanyak 17 buah pulau, gugusan Pulau Karimun sebanyak 48 buah pulau yang berpenghuni sebanyak 15 buah pulau dan gugusan Pulau Moro sebanyak 92 buah pulau yang berpenghuni sebanyak 35 buah pulau.



Gambar 2. Grafik Perubahan Berat Badan Anak Baduta Selama Pemberian MP-ASI

Pada Gambar 2 diketahui bahwa selama pengamatan 4 bulan berturut-turut dengan menggunakan indeks BB/U, dari 15 anak dengan gizi buruk yang diberikan MP-ASI, tidak ada satupun yang berubah status gizinya ke status gizi baik, hanya ada 3 anak (20%) yang berubah status gizinya ke status gizi kurang pada bulan keempat. Anak baduta dengan gizi buruk yang tidak berubah status gizinya (tetap berstatus gizi buruk) sebanyak 12 anak (80%).

Berdasarkan hasil penelitian juga diketahui bahwa terdapat lebih dari separuh anak baduta dengan gizi buruk (60%) yang mengalami kenaikan berat badan secara stabil yaitu sebanyak 1 ons sampai 1 kg per bulan. Anak baduta dengan gizi buruk yang tidak mengalami kenaikan berat badan yang stabil sebanyak 6 orang (40%). Tidak berhasilnya program MP-ASI dalam meningkatkan status gizi anak baduta dengan gizi buruk ke status gizi baik kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

- Jumlah MP-ASI biskuit yang didistribusikan kepada anak baduta dengan gizi buruk tidak sesuai dengan standar yang dianjurkan oleh Departemen Kesehatan yaitu kurang dari 28 bungkus kecil biskuit per bulan (100%). Sesuai anjuran Departemen Kesehatan bahwa 7 bungkus kecil biskuit untuk dikonsumsi selama 1 minggu dan 1 bungkus kecil biskuit yang berisi 10 buah/keping harus dihabiskan dalam 1 hari, namun waktu/frekuensi pemberiannya juga disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan anak, namun untuk MP-ASI bubur susu sudah sesuai anjuran yaitu diberikan 3 kali sehari.
- Banyaknya jumlah anggota dalam keluarga pada anak baduta Gakin dengan gizi buruk dapat mempengaruhi asupan MP-ASI. Ibu anak baduta (77,8%) menyatakan bahwa sebagian

- besar MP-ASI biskuit untuk anak baduta ikut dimakan oleh kakak dari anak baduta yang menderita gizi buruk, sehingga mengurangi jatah MP-ASI yang seharusnya dikonsumsi oleh anak baduta. Makanan Pendamping (MP) ASI bubur susu tidak ikut dimakan oleh kakaknya karena berbentuk bubur susu sehingga tidak dapat langsung dimakan (harus diolah terlebih dahulu).
- Kurangnya pemahaman orang tua anak baduta dalam penyiapan MP-ASI. Sebagian besar tingkat pendidikan orang tua anak baduta (86,6%) adalah SD, sehingga walaupun sudah dijelaskan oleh petugas Puskesmas tentang cara penyiapan MP-ASI namun tetap sulit untuk dimengerti.
- Petugas Puskesmas yang memberikan penjelasan tentang penyiapan MP-ASI kepada ibu anak baduta (33,3%). Petugas Puskesmas dalam melakukan penjelasan tidak melakukan praktik secara langsung penyiapan MP-ASI di depan orang tua anak baduta namun hanya bersifat penyuluhan sehingga terjadinya kesalahan dalam penyiapan MP-ASI sangat besar terjadi.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori WHO dan pengalaman Studi *Multiside* MP-ASI yang menyatakan bahwa pemberian MP-ASI selama 3 bulan (90 hari makan) sudah cukup berarti untuk meningkatkan keadaan gizi anak baduta dengan catatan tidak ada faktor penyerta yang dapat mengganggu penyerapan MP-ASI. Menurut teori WHO dan pengalaman Studi *Multiside*, idealnya MP-ASI diberikan selama 4 bulan (120 hari makan) namun apabila MP-ASI diberikan dengan dosis yang tepat, serta tepat pula dalam lama pemberiannya maka dengan waktu makan yang 90 hari makan sudah cukup untuk meningkatkan status gizi anak baduta.⁸

Tabel 1. Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas Se-Kabupaten Karimun

Karakteristik TPG Puskesmas	Jumlah	(%)
Jenis kelamin :		
Laki-laki	1	11,1
Perempuan	8	88,9
Latar belakang pendidikan :		
Gizi	2	22,2
Non gizi	7	77,8
Jenis pendidikan non gizi :		
AKPER	3	42,9
Bidan	3	42,9
SPK	1	14,2
Tugas lain selain sebagai TPG :		
Tidak punya tugas lain (berpendidikan gizi)	2	22,2
Punya tugas lain (berpendidikan non gizi)	7	77,8
Jenis tugas rangkap :		
Perawat Puskesmas	2	28,6
Bidan Puskesmas	3	42,8
Bendahara Puskesmas	1	14,3
Pelaksana program usia lanjut	1	14,3

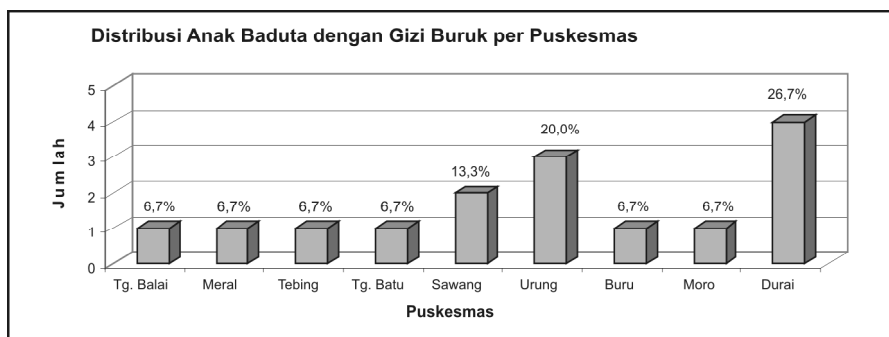
Pada Tabel 1 dapat dilihat bahwa berdasarkan jenis pendidikan, tenaga pelaksana gizi Puskesmas yang berlatar pendidikan gizi hanya 2 orang (22,2%) selebihnya berlatar belakang pendidikan non gizi (77,8%). Tenaga pelaksana gizi Puskesmas yang berlatar belakang pendidikan non gizi terdiri dari tenaga keperawatan (44,4%) dan kebidanan (33,4%).

Pada Gambar 3 dapat diketahui bahwa Puskesmas yang memiliki anak baduta dengan gizi buruk terbanyak terdapat di Puskesmas Durai, diikuti Puskesmas Urung dan Puskesmas Sawang. Berdasarkan jumlah anggota dalam keluarga, diketahui bahwa jumlah anggota dalam keluarga terbanyak yaitu 7 orang terdapat pada 2 keluarga (13,3%) dan yang paling sedikit yaitu 3 orang hanya 1 keluarga (6,7%). Jumlah anggota dalam keluarga sebanyak 4 orang terdapat pada 6 keluarga (40,0%) dan jumlah anggota dalam keluarga sebanyak 5 orang juga terdapat pada 6 keluarga (40,0%). Berdasarkan anak baduta Gakin yang dilahirkan dengan gizi buruk, terbanyak terdapat pada anak kedua yaitu 7 orang

(46,7%) diikuti dengan anak pertama 6 orang (40,0%). Anak baduta Gakin yang dilahirkan dengan gizi buruk sebagai anak ketiga hanya 1 orang (6,7%) demikian juga pada anak yang kesebelas 1 orang (6,7%).

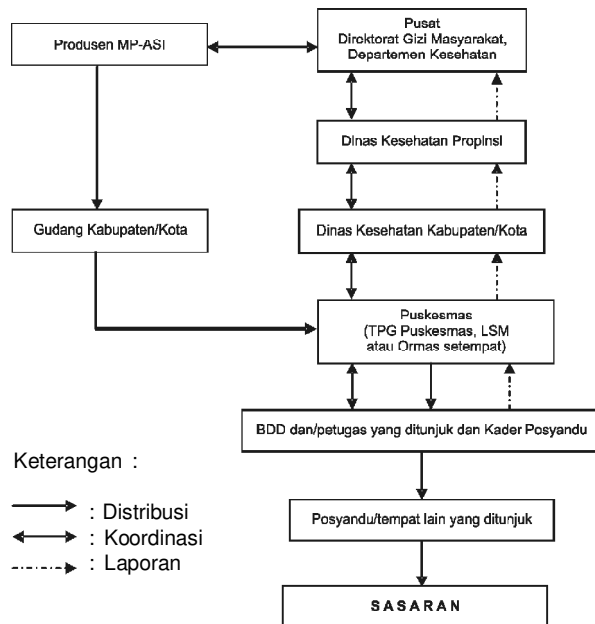
Tenaga pelaksana gizi Puskesmas memperoleh total pendapatan sebulan (gaji dan tunjangan kesejahteraan pegawai) rata-rata Rp2.870.700,00. Selain itu, mereka juga mendapatkan uang operasional program (untuk kegiatan di lapangan) setiap turun ke Posyandu yang besarnya bervariasi tergantung di mana tenaga pelaksana gizi Puskesmas bertugas. Pada saat kegiatan program gizi di Posyandu ada tenaga pelaksana gizi Puskesmas yang mendapatkan uang transportasi dan ada juga yang tidak dapat. Pelatihan yang pernah diikuti terkait dengan program gizi di Puskesmas didapatkan, bahwa semua tenaga pelaksana gizi Puskesmas sudah pernah mengikuti pelatihan gizi, minimal pernah mengikuti satu kali pelatihan selama menjabat sebagai tenaga pelaksana gizi Puskesmas.

Beberapa hasil penilaian dalam pelaksanaan program MP-ASI yang dilakukan oleh tenaga pelaksana gizi Puskesmas dapat diketahui bahwa ketidaktahuan dalam menentukan besar porsi, cara penyiapan dan penentuan usia sasaran menunjukkan tidak adanya koordinasi yang baik antara tenaga pelaksana gizi dengan kepala Puskesmas. Sebelum program MP-ASI dilaksanakan di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten sudah mengirimkan buku "Pedoman Pelaksanaan Pendistribusian dan Pengelolaan MP-ASI" ke semua Puskesmas, namun oleh kepala Puskesmas maupun oleh tenaga pelaksana gizi Puskesmas masing-masing tidak ada saling koordinasi dalam memahami isi dari buku tersebut. Kepala Puskesmas apabila menerima buku Pedoman Pelaksanaan Pendistribusian dan Pengelolaan MP-ASI, seringkali tidak menginformasikan kembali kepada tenaga pelaksana gizi demikian pula sebaliknya, sehingga yang terjadi adalah saling bekerja sendiri-sendiri dan kepala Puskesmas



Gambar 3. Grafik Distribusi Anak Baduta Gakin dengan Gizi Buruk per Puskesmas

menganggap program MP-ASI adalah urusan tenaga pelaksana gizi. Tenaga pelaksana gizi menganggap program MP-ASI adalah tanggung jawab kepala Puskesmas, apalagi tenaga pelaksana gizi merasa tidak mendapatkan dana operasional dalam pendistribusian MP-ASI ke Posyandu.



Gambar 4. Mekanisme Distribusi MP-ASI dari Departemen Kesehatan

Gambar 4 menunjukkan bahwa betapa panjangnya rantai distribusi MP-ASI dari pusat sampai ke sasaran sehingga memungkinkan banyaknya celah untuk timbulnya penyalahgunaan dalam dana pembuatan dan dana distribusi MP-ASI. Berdasarkan hasil penelitian terhadap sistem distribusi MP-ASI dalam berbagai tingkatan dari Departemen Kesehatan-Dinas Kesehatan Kabupaten-Puskesmas-sasaran, diketahui bahwa sistem distribusinya belum semuanya berjalan dengan baik seperti yang sudah digariskan oleh Departemen Kesehatan.

Sistem pendistribusian MP-ASI di Kabupaten Karimun berdasarkan hasil wawancara dengan Kasubdin Kesga dan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun diketahui bahwa rencana distribusi MP-ASI ke Puskesmas sudah sesuai dengan pedoman pendistribusian MP-ASI. Dinas Kesehatan dalam mensosialisasikan MP-ASI kepada TPG Puskesmas dilakukan dengan mengadakan pertemuan dengan TPG Puskesmas, dalam pertemuan tersebut TPG Puskesmas diberikan pengarahan mengenai distribusi MP-ASI sampai pemantauannya di lapangan.

Puskesmas dalam perencanaan distribusi MP-ASI belum sesuai dengan pedoman pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI dari Departemen Kesehatan, dimana seharusnya Puskesmas hanya menerima MP-ASI dari Dinas Kesehatan, bukan mengambil MP-ASI ke Dinas Kesehatan. Puskesmas dalam melakukan pendataan di Posyandu, pustu dan polindes belum tepat pada sasarannya karena yang didata adalah anak balita (12-60 bulan) bukan anak baduta (6-24 bulan). Puskesmas dalam melakukan penyimpanan MP-ASI belum sesuai dengan prosedur penerimaan MP-ASI. Puskesmas setelah menerima MP-ASI, menaruhnya di lantai tanpa diberi alas sehingga bersentuhan dengan lantai dan dinding gudang (88,9%). Selain itu, MP-ASI juga disimpan bersama-sama dengan obat Puskesmas (55,6%) sehingga dapat terkontaminasi dengan obat-obatan.

Puskesmas dalam mendistribusikan MP-ASI ke Posyandu belum seluruhnya sesuai dengan pedoman distribusi MP-ASI. Puskesmas tidak mensosialisasikan program MP-ASI kepada lintas sektor terkait di wilayahnya seperti Tim Penggerak PKK Kecamatan sehingga PKK tidak merasa dilibatkan dan menganggap bahwa program MP-ASI di Posyandu merupakan kegiatan kesehatan semata, seperti diketahui bahwa Posyandu merupakan milik masyarakat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu anak baduta dengan gizi buruk didapatkan informasi bahwa beberapa Puskesmas (22,2%) tidak mendistribusikan MP-ASI secara langsung ke sasaran (anak baduta dengan gizi buruk) melainkan meminta kepada orang tua anak baduta untuk mengambil sendiri MP-ASI ke Posyandu atau ke Puskesmas. Puskesmas yang membuat kebijakan tersebut menyatakan bahwa apabila pemberian MP-ASI dilakukan di Posyandu maka anak baduta dengan gizi buruk dapat sekalian ditimbang namun apabila diberikan di rumah anak baduta kendalanya adalah sulitnya memobilisasi petugas dan kader Posyandu untuk membawa dacin/timbangan dari rumah ke rumah.

Hasil wawancara dengan ibu anak baduta dengan gizi buruk diketahui bahwa cara penyiapan MP-ASI (biskuit) bermacam-macam, antara lain ada yang langsung diberikan begitu saja namun ada juga yang dikombinasikan dengan dihancurkan (direndam dalam air teh/susu). Pembuatan MP-ASI bubur susu sudah sesuai dengan prosedur seperti yang terdapat dalam pedoman pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI, serta rata-rata ibu anak baduta sudah menerapkan frekuensi pemberian MP-ASI bubur susu 3 kali sehari dan rata-rata setiap pembuatan bubur susu menggunakan takaran sebanyak 3

sendok makan (90 gram). Frekuensi pemberian MP-ASI sebanyak 3 kali sehari bukan hasil dari penjelasan yang diberikan oleh petugas Puskesmas tentang penyiapan MP-ASI namun merupakan kebiasaan sehari-hari. Hal tersebut diketahui dari keterangan ibu anak baduta mengenai penjelasan penyiapan MP-ASI oleh petugas Puskesmas dimana sebagian besar (66,7%) petugas Puskesmas tidak menjelaskan tentang penyiapan MP-ASI kepada ibu anak baduta Gakin dengan gizi buruk, seperti pada wawancara berikut ini.

“Ibu diajarkan nggak cara mendapatkan, e ... menyiapkan MP-ASI ini dari bu Dewi (ibu bidan), misalnya bu bidan gimana cara apa, a, ... memberikan biskuit ini, dikasi tau ? Ibu Dewi nggak pernah ngasi tau ? Enggak.” (Ibu anak baduta-3)

“Ibu tau nggak, atau pernah nggak mendapat penjelasan dari ibu Eva (Petugas Gizi Puskesmas) atau ibu bidan, bagaimana cara memberikan biskuit tadi ke anak ibu ? Aa, ... kemarin dijelaskan. Ada nggak dijelaskan ? Ya, dijelaskan sama bu Eva.” (Ibu anak baduta-6)

Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu anak baduta tentang pemakaian MP-ASI bubur susu, terdapat keluhan pada anak baduta pada saat dan setelah mengonsumsi MP-ASI seperti mual-mual dan muncet.

Bubur susu yang menyebabkan mual dan muncet adalah bubur susu rasa beras merah dan kacang hijau, sedangkan bubur susu rasa pisang tidak menimbulkan mual dan muncet. Ibu anak baduta dalam mengatasi keluhan mual dan muncet pada anaknya akibat mengonsumsi kedua rasa bubur susu tadi dengan menghentikan pemakaian bubur susu rasa beras merah dan kacang hijau dan meminta kepada petugas Puskesmas untuk mengganti pemberian MP-ASI kedua rasa tadi dengan MP-ASI bubur susu rasa pisang, seperti pada wawancara berikut ini :

“Ada ndak dia (anak baduta) rasa keluhan mual atau muntah setelah makan ini (biskuit) ? Ndak ada”. (Ibu anak baduta-1)

“Selama ibu memberikan MP-ASI, ada keluhan seperti mual-mual atau muntah anak ibu ? Yang kacang hijau tu agak mual-mual. Jadi waktu ibu kasi kacang hijau, anak ibu muntah gitu ya ? Jadi, tindakan ibu ? Itu dulu (pertama-tama) Ibu hentikan ? Hentikan dulu, a ... a. Habis itu, ibu ganti dengan rasa yang lain ? Aa, kasi beras merah. Dikasi beras merah ya, berarti memang ada itunya, dia tak suka yang kacang hijau buk ya ? Aa. Nanti, lain kali, ibu minta dengan ibu bidan Sri, kacang hijau jangan dikasi lagi. Minta yang pisang sama beras merah aja. Aa.” (Ibu anak baduta-4)

PEMBAHASAN

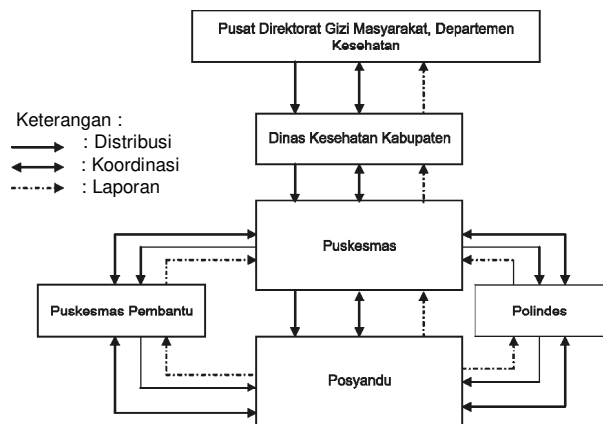
Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun sebagai salah satu komponen yang ikut bertanggung jawab terhadap efektivitas program MP-ASI sebaiknya membuat rekomendasi kepada Departemen Kesehatan agar pengelolaan MP-ASI dilakukan sendiri oleh Dinas Kesehatan untuk meminimalisir tidak efektifnya program MP-ASI pada anak baduta Gakin dengan gizi buruk. Program MP-ASI yang selama ini dilakukan secara sentralisasi dari Departemen Kesehatan ke kabupaten perlu diubah menjadi desentralisasi karena kabupaten sendiri yang mengelola dengan berbagai pertimbangan sebagai berikut: a) apabila pengadaan MP-ASI dilakukan di tingkat kabupaten, maka kontinuitas MP-ASI di tingkat keluarga dapat terus diterima oleh anak baduta Gakin selama anak baduta tersebut menderita gizi buruk atau gizi kurang; b) apabila pengelolaan MP-ASI dilakukan di tingkat kabupaten, maka dapat diupayakan dengan membuat MP-ASI lokal yang sesuai dengan pola konsumsi di daerah tersebut, sehingga hal-hal seperti tidak disukainya jenis MP-ASI tertentu seperti bubur susu rasa beras merah dan kacang hijau yang dapat menyebabkan muncet dapat dihindari; c) apabila pengadaan buku Pedoman Pelaksanaan Pendistribusian dan Pengelolaan MP-ASI dilakukan ditingkat kabupaten maka hal-hal seperti ketidaktahuan tenaga pelaksana gizi dalam menentukan usia sasaran dari program MP-ASI, menentukan besar porsi dan cara penyiapan MP-ASI di tingkat keluarga dapat minimalisir. Hal ini dikarenakan buku pedoman tersebut dapat segera didistribusikan ke semua Puskesmas sebelum kegiatan pemberian MP-ASI dilaksanakan.

Beberapa penyebab rendahnya kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas terhadap tidak efektifnya program MP-ASI pada anak baduta Gakin dengan gizi buruk antara lain tidak adanya koordinasi yang baik antara kepala Puskesmas dengan tenaga pelaksana gizi Puskesmas, untuk mengatasi hal tersebut maka Dinas Kesehatan perlu membuat rekomendasi yang ditujukan kepada semua kepala Puskesmas Se-Kabupaten Karimun untuk melakukan koordinasi pada setiap program atau kegiatan yang ada di Puskesmas. Menurut Suharto⁹, bahwa mekanisme koordinasi penyesuaian dan pengawasan langsung tidak dapat dilakukan karena adanya *leading* sektor yang tidak jelas dan adanya ego sektor. Adapun bentuk koordinasi yang harus dilaksanakan oleh kepala Puskesmas, antara lain: a) Kepala Puskesmas harus bisa menciptakan suasana kerja yang sehat sehingga dapat meningkatkan kinerja staf Puskesmas; b) Kepala

Puskesmas harus transparan dengan stafnya dalam semua kegiatan terutama yang menyangkut dana insentif/operasional program, sehingga tidak menimbulkan kecurigaan yang dapat menurunkan kinerja staf Puskesmas; c) Kepala Puskesmas harus bisa menempatkan posisinya secara fleksibel dan dalam hal-hal tertentu harus bisa melepaskan keegoannya sebagai kepala Puskesmas sehingga tercipta suatu tim kerja yang baik tanpa harus ada gap/jarak pemisah antara atasan dengan bawahan.

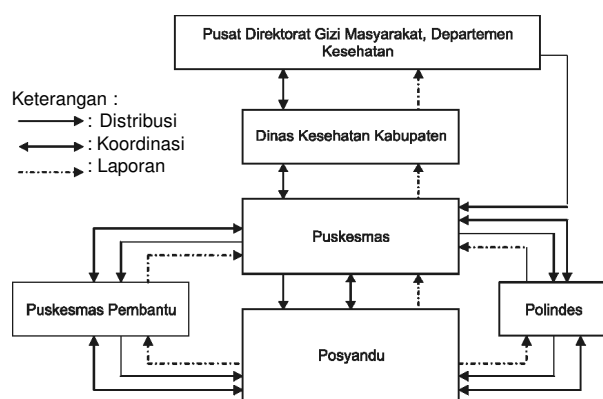
Beberapa penyebab lambatnya program MP-ASI dilaksanakan di Puskesmas karena MP-ASI menumpuk di gudang kabupaten yang mengakibatkan lambatnya MP-ASI diterima oleh anak baduta Gakin dengan gizi buruk. Untuk mencegah agar jangan sampai penanggulangan dan pencegahan anak baduta Gakin dengan gizi buruk dan gizi kurang menjadi terlambat penanganannya, Dinas Kesehatan Kabupaten sebaiknya merekomendasikan kepada Departemen Kesehatan agar program MP-ASI dilaksanakan sendiri oleh Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga kasus-kasus seperti terlambatnya MP-ASI dikonsumsi oleh sasaran dapat dihindari. Dalam mengambil alih fungsi Departemen Kesehatan, maka Dinas Kesehatan Kabupaten harus berkoordinasi dengan Pemerintah Kabupaten Karimun mengenai anggaran dalam pengadaan MP-ASI lokal maupun pabrikan dan dana distribusinya sampai ke sasaran.

Berdasarkan permasalahan-permasalahan yang ditemukan di lapangan dalam sistem pendistribusian MP-ASI dari Departemen Kesehatan-Dinas Kesehatan Kabupaten-Puskesmas-sasaran seperti terlambatnya distribusi MP-ASI ke sasaran karena lambatnya pencairan dana distribusi MP-ASI dari Dinas Kesehatan Propinsi ke Dinas Kabupaten sehingga menyebabkan tidak efektifnya program MP-ASI dalam menanggulangi anak baduta Gakin dengan gizi buruk. Selain itu, seperti diketahui bahwa mahal biaya pembuatan MP-ASI ditingkat pusat karena harus melalui proses tender ditambah lagi dengan biaya distribusinya ke kabupaten, maka sebaiknya mekanisme dalam distribusi MP-ASI yang dibuat oleh Departemen Kesehatan diubah alurnya seperti pada Gambar 5 dan 6 mengenai mekanisme distribusi MP-ASI versi-1 dan versi-2.



Gambar 5. Mekanisme Distribusi MP-ASI Versi-1

Gambar 5 menunjukkan bahwa pusat (Departemen Kesehatan) langsung menyalurkan dana untuk pembelian MP-ASI kepada Dinas Kesehatan Kabupaten setelah mengetahui jumlah sasaran anak baduta Gakin di kabupaten. Dinas Kesehatan Kabupaten setelah menerima dana dari pusat kemudian membeli MP-ASI pabrikan yang ada di toko dan selanjutnya mendistribusikan MP-ASI ke semua Puskesmas bersama-sama dengan dana distribusi MP-ASI untuk Puskesmas dalam pendistribusian MP-ASI ke sasaran melalui Puskesmas pembantu, polindes dan Posyandu. Diharapkan dengan mekanisme alur seperti versi-1 ini, MP-ASI segera dapat dikonsumsi oleh anak baduta Gakin dengan gizi buruk dan gizi kurang karena MP-ASI dapat segera didistribusikan ke Puskesmas tanpa harus menunggu turunnya dana distribusi MP-ASI dari Dinas Kesehatan Propinsi serta mahal biaya dalam pembuatan MP-ASI dapat dikurangi.



Gambar 6. Mekanisme Distribusi MP-ASI Versi-2

Gambar 6 menunjukkan bahwa pusat (Departemen Kesehatan) langsung menyalurkan dana untuk pembuatan atau pengelolaan MP-ASI Lokal ke Puskesmas setelah berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten mengenai jumlah dana yang akan disalurkan berdasarkan banyaknya jumlah anak baduta dengan gizi buruk di masing-masing Puskesmas. Puskesmas selanjutnya membuat MP-ASI lokal sesuai dengan pola makan penduduk setempat yang selanjutnya mendistribusikannya kepada sasaran setiap minggu di Posyandu. Bagi sasaran yang bertempat tinggal di luar pulau dan terdapat Puskesmas induk atau walaupun masih dalam satu pulau dengan Puskesmas induk namun letak rumahnya jauh dari Puskesmas induk, maka Puskesmas pembantu dan polindes yang akan membuatkan MP-ASI Lokal untuk anak baduta Gakin tersebut. Diharapkan dengan mekanisme alur distribusi seperti versi-2 ini, biaya distribusi MP-ASI dari Dinas Kesehatan ke Puskesmas tidak ada lagi karena pembuatan MP-ASI dilakukan di Puskesmas selain itu MP-ASI dapat segera diberikan kepada anak baduta Gakin dengan gizi buruk dan gizi kurang.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Program MP-ASI selama 3 bulan yang diberikan kepada anak baduta Gakin dengan gizi buruk tidak berhasil meningkatkan status gizi anak baduta dari gizi buruk ke gizi baik.

Kinerja tenaga pelaksana gizi Puskesmas terhadap efektivitas program MP-ASI pada anak baduta Gakin dengan gizi buruk adalah rendah, antara lain dalam penentuan usia sasaran, penentuan besar porsi MP-ASI dan dalam penyiapan MP-ASI.

Sistem pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI dari Puskesmas pada anak baduta Gakin dengan gizi buruk belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan pedoman pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI seperti yang sudah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, antara lain penetapan sasaran, penjelasan penyiapan MP-ASI dan pemantauan distribusi MP-ASI di lapangan.

Sistem pendistribusian dan pengelolaan MP-ASI di Dinas Kesehatan belum sepenuhnya berjalan dengan baik, antara lain Dinas Kesehatan tidak mensosialisasikan MP-ASI kepada LSM dan ormas setempat, tidak mendistribusikan MP-ASI ke Puskesmas namun sebaliknya meminta Puskesmas untuk mengambil sendiri MP-ASI ke Dinas Kesehatan.

Saran

Mengusulkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun agar dalam pelaksanaan program perbaikan gizi di tingkat Puskesmas, kepala Puskesmas harus selalu berkoordinasi dengan TPG Puskesmas dan menciptakan lingkungan kerja yang sehat sehingga dapat meningkatkan kinerja tenaga pelaksana gizi.

Mengusulkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun agar melakukan pertemuan rutin bagi tenaga pelaksana gizi Puskesmas di kabupaten minimal 3 bulan sekali untuk memberikan bimbingan teknis dalam pelaksanaan dan evaluasi program perbaikan gizi di Puskesmas.

Mengusulkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun dan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kepulauan Riau agar program MP-ASI dapat dilakukan secara kontinyu sepanjang tahun sehingga kasus-kasus gizi buruk dan gizi kurang dapat dicegah dan ditanggulangi. Bentuk program MP-ASI antara lain pengadaan bubur susu dan biskuit dengan mengajukan proyek pengadaan MP-ASI dengan dana dari APBD kabupaten dan propinsi serta pengadaan buku Pedoman Pengelolaan MP-ASI untuk Puskesmas dan jajarannya sampai ke Posyandu.

Perlunya sosialisasi program MP-ASI dari Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun kepada kepala Puskesmas dan TPG Puskesmas dalam bentuk Pelatihan Manajemen Pendistribusian dan Pengelolaan MP-ASI tingkat Puskesmas. Materi dalam pelatihan meliputi sistem pendistribusian, pengangkutan, penyimpanan, penyiapan dan pemberian MP-ASI kepada sasaran.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Kerja Tenaga Gizi Puskesmas. Jakarta. 1999.
2. Krisnatuti, D. & Yenrina, R., Menyiapkan Makanan Pendamping ASI. Cetakan Ketujuh. Puspa Swara. Jakarta. 2007.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Karimun. Bidang Peningkatan dan Pemulihan Kesehatan Masyarakat (PPKM). Tanjung Balai Karimun. 2006.
4. Berry, L.M. & Houston J.P. Psychology at Work: An Introduction to Industrial and Organizational-Psychology. Wm.C.Brown Communication, Inc., Kerper Boulevard. Dubuque. 1993.
5. McCloy, R.A., Campbell, J.P. & Cudeck, R. A. Confirmatory Test of a Model of Performance Determinants. Journal of Applied Psychology. 1994; 79(4): 493-505.
6. Handoko, T.H. Manajemen Personalia dan

- Sumber Daya Manusia. Ed. II. BPFE. Yogyakarta. 2001.
7. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Edisi III. Alfabeta. Bandung. 2007.
 8. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Pendistribusian dan Pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Jakarta. 2005.
 9. Suharto, T. Koordinasi Lintas Sektor pada Tim Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi di Kabupaten Sleman, Tesis Program Pascasarjana IKM, UGM Yogyakarta. 2006.